Aus dem Zahnärztlichen Institut der Universität Marburg-L.
Direktor: Professor Dr. Hans Fliege.

Das Ergebnis der Zahnärztlichen Untersuchung der SA-Mannschaften der Standarte 30

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde in der Zahnheilkunde der Hohen Medizinischen Fakultät der Philipps-Universität zu Marburg

vorgelegt von

Friedrich Städe

Zahnarzt in Korbach und Sturmbannzahnarzt des SA-Sturmbannes II/30

Marburg a. d. Lahn 1937

Universitäts-Buchdruckerei Joh. Aug. Koch (Dr. C. Hitzeroth)

Angenommen von der Medizinischen Fakultät in Marburg
am 3. Mai 1937

Referent: Prof. Dr. Hans Fliege

Gedruckt mit Genehmigung der Fakultät

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Die Aufklärung, ein wichtiges Hilfsmittel im Kampf gegen die Zahncaries.

Das Bestreben des Nationalsozialismus, heldische Menschen heranzubilden, ein gesundes Volk zu schaffen, das bodenverwurzelt und rassebewußt, stolz ist auf ein freies, starkes Deutschland, kann man als eins der obersten Ziele des Dritten Reiches ansehen. Nur mit einer gesunden Gefolgschaft kann ein Führer Erfolge erringen. „Führer werden kommen und Führer werden sterben, aber Deutschland muß leben" mit diesen Worten wies Adolf Hitler auf dem Schlußkongreß des Reichsparteitages 1935 auf den Ewigkeitsgedanken des Reiches hin. Jeder SA.-Mann gilt als Bannerträger dieses Reiches. Er lebt, er kämpft für den Führer unter Einsatz aller seiner Kräfte. Und so wird auch das Wort des Stabschefs Lutze seine Gültigkeit behalten: „Solange Deutschland lebt, wird die SA. marschieren; solange die SA. marschiert, wird Deutschland leben." Durch wehrsportliche Übungen wird der SA.-Mann zu einem sportlich durchgebildeten Menschen erzogen und durch weltanschauliche Schulung zu einem fanatischen Soldaten des Führers herangebildet. Hierbei gibt allein die Leistung den Ausschlag, nicht akademische Bildung oder materielle Güter.

Um all den hohen Anforderungen genügen zu können, bedarf der SA.-Mann in erster Linie eines gesunden Körpers, der sich auch den größten Schwierigkeiten überlegen zeigt und sie überwindet. Ein Mann, der weiß, daß er gesund ist, wird williger, mutiger, dienstbereiter und entschlossener sein als ein Mann, dem die geringsten Anstrengungen Beschwerden machen.

So ist die ärztliche Untersuchung zu fordern.

Wenn man die Einwirkungen eines kranken Gebisses auf den Organismus kennt, so ist eine zahnärztliche Überwachung einer solchen Mannschaft eine Selbstverständlichkeit.

Eine Übersicht über die Krankheitsbilder, die durch Fokalinfektionen erzeugt werden können, gab Päßler auf dem Kongreß der Gesellschaft für innere Medizin im Jahre 1930. Aus ihr geht hervor, welche Gefahr Herdinfektionen für den Gesamtorganismus bedeuten.

Eine Aufklärung muß daher getrieben werden, die auch den letzten Mann erfaßt. Daß so wenig Interesse für eine vernünftige Zahnpflege gezeigt wird, liegt zum größten Teil an der mangelnden Aufklärung. Wem kommt nun diese Aufklärung eigentlich zu? Bei der Jugend kommen in erster Linie die Erzieher in Frage, da von den Eltern in dieser Hinsicht nichts

erwartet werden kann. Daß bisher von dieser Seite so wenig geschah, mag als mangelndes Interesse oder als Trägheitsmoment zu bewerten sein. Bei den Erwachsenen muß diese Aufklärung von den Zahnärzten nachgeholt werden, wobei Vorträge in den nationalsozialistischen Organisationen recht gangbare Wege darstellen. Nicht die Zahnbürste allein ist nötig, sondern auch die Anleitung zum vernünftigen Gebrauch, ferner das richtige Spülen des Mundes, wobei klares Wasser zur Erzielung des nötigen Effektes vollauf genügt.

Über die Erziehung zur Zahnpflege schreibt Kientopf mit Recht folgendes: „Würde man erwachsene Volksgenossen heute fragen, ob sie sich jeden Morgen waschen und kämmen, so würde man eben so sicher eine entrüstete, bejahende Antwort erhalten, wie von vielen ein verlegenes Schweigen oder Kopfschütteln erfolgen würde auf die Frage, ob sie sich jeden Morgen die Zähne putzen, von dem so viel wichtigeren abendlichen Zähneputzen ganz zu schweigen. — Die Lehrer achten wohl darauf, daß Gesicht, Hände und Nägel sauber, daß die Haare gekämmt sind. Das ist auch schließlich mit Leichtigkeit festzustellen. Dagegen erfordert die Kontrolle, ob die Zähne geputzt sind, immerhin einen gewissen Blick für diese Dinge."

Bei der Wehrmacht gehört heute, wie mir Soldaten erzählten, zu der Ausrüstung eines jeden eine Zahnbürste und ein Mundspülglas. Vorhanden sind sie bei allen, hoffentlich auch im gut sauberen Zustand. Zu finden war die Zahnbürste früher, d. h. vor dem Kriege auch, wenn sie auch, den Berichten mancher alter Soldaten nach, zum Reinigen von Gewehren, ja von Zimmern benutzt worden sein soll.

Über die Zahnpflege äußert sich Bornstein etwas übertrieben: „solange nicht auch jeder Deutsche eine eigene Zahnbürste hat, die er täglich früh und abends in Tätigkeit setzt, kann auch von einer hygienischen Kultur nicht die Rede sein."

Eine planmäßige Aufklärung tut Not, sie muß eben überall durchgeführt werden.

Die Durchführung der Untersuchung.

Die zahnärztliche Untersuchung und Betreuung der SA.-Einheiten wird ehrenamtlich von approbierten Zahnärzten und ausnahmsweise von hierzu geeigneten Dentisten, die den Standarten und Sturmbannen zugeteilt sind, durchgeführt. Es ist erfreulich, daß für die Untersuchung ein eigenes „Zahnärztliches Krankenblatt", dessen nähere Beschreibung folgen wird, von der Obersten SA.-Führung herausgegeben ist und daß nicht nur ein einfaches Zahnschema, das übrigens die wenigstens Ärzte interessiert, an den ärztlichen Befund angehängt wird. Auch in den Gesundheitsbogen

des Amtes für Volksgesundheit, die mir zufällig zu Gesicht kamen, ist wenig Raum für zahnärztliche Eintragungen, nur die Zähne finden dort Beachtung, die Kiefer und die Weichteile der Mundhöhle bleiben unberücksichtigt. Es wäre zu wünschen, daß auch zu den Musterungen für den Militärdienst, Zahnärzte hinzugezogen würden und daß die zahnärztliche Untersuchung nicht nur beiläufig durch Ärzte durchgeführt würde. Hier sei auf die Ausführungen von Gonter verwiesen, die praktische Ratschläge für Reihenuntersuchungen enthalten und die darauf hinweisen, daß bei ärztlich-zahnärztlichen Untersuchungen der zahnärztliche Teil des Untersuchungsbogens von einem Zahnarzt ausgearbeitet werden muß.

Die SA.-Standarte 30, der Brigade 48 Marburg, Gruppe Hessen, wurde in einer Stärke von 1300 Mann zahnärztlich untersucht. Das Gebiet der Standarte erstreckt sich über die drei Kreise Waldecks, hinzu kommen noch die Kreise Wolfhagen und Frankenberg. Es handelt sich um ländliches Gebiet. Ähnliche Reihenuntersuchungen wurden hier bisher noch nicht durchgeführt. Die Ergebnisse geben einen interessanten Einblick in die Gebißverhältnisse in diesen Kreisen. Die Untersuchung wurde durchgeführt, um den zahnkranken Kameraden zu helfen. Nach der Befundaufnahme wurde der Weg zur Sanierung der kranken Gebisse besprochen und dann eine umgehende Behandlung in der freien Praxis empfohlen. Leider findet sich in dem verwendeten Krankenblatt kein Raum mehr für die Eintragung der Versicherungsverhältnisse, so daß hierüber bei der statistischen Zusammenstellung keine Angaben gemacht werden konnten.

Das Krankenblatt (Seite 5), wie es bei den Untersuchungen verwandt wurde, sieht folgendermaßen aus: Der Kopf des Blattes läßt die Zugehörigkeit des SA.-Mannes zur Gruppe, Brigade, Standarte, Sturmbann und Sturm, sowie den Dienstgrad, den Namen, das Geburtsdatum und den Beruf erkennen. Es folgt dann die Krankheitsvorgeschichte (Lues, Tb, Diabetes, rheumatische Erkrankungen usw.) über die im allgemeinen wenig zu sagen war. In vierfacher Einteilung wird der Befund eingetragen-

A. Zähne
B. Kiefer
C. Weichteile der Mundhöhle
D. Sonstiger Befund.

A. Die Zähne sind in ein Schema eingetragen. Über den Zahlen wurden die entsprechenden Zeichen angebracht. Es bedeuten:
f = Füllung
c = cariös
x = nicht zu erhalten

o = noch nicht erschienen oder schon entfernt.

Darunter befindet sich ein zweites Koordinatensystem zur Einzeichnung des vorhandenen Ersatzes:

Br. = Brücke

Pl. = herausnehmbare Prothese

Kr. = Vollkrone

St. = Stiftzahn.

Der Befund wurde in Prädikaten festgelegt. Im Abschnitt B. wurde ein Vermerk angebracht über vorhandene infektiöse Herde — zur Erkennung dienten nur die klinischen Symptome; Röntgenaufnahmen konnten der Finanzierung halber nicht gemacht werden —, dann über Zahnsteinablagerung und Paradentose. Bei letzterer wurden die drei Grade: leicht, mittel, stark unterschieden. Die Form des Gaumens, die Okklusion und ihre Anomalien: Kopfbiß: geringer Überbiß, normaler Überbiß, tiefer Überbiß, offener Biß, Kreuzbiß, progene und prognathe Okklusion wurden hier angegeben.

Unter C. wurden Veränderungen an Wangen, Lippen, Mundboden, weichem Gaumen und Zunge und unter

D. Hypoplasien, Spaltbildungen und ähnliches eingetragen.

Am Schluß steht Ort und Zeit der Untersuchung und der Name des SA.-Zahnarztes, ferner noch ein Vermerk über evtl. zu erfolgende Nachuntersuchung.

Das Ergebnis wurde für jeden der vier Sturmbanne zusammengestellt. Es wurden Übersichtstabellen angefertigt für die Standarte zusammenfassend und für jeden Sturmbann getrennt.

Form. 1

Zahnärztliches Krankenblatt

1. Gruppe: .....
2. Brigade / Abschnitt: .....
3. Standarte: .....
4. Sturmbann: .....
5. Sturm: .....
6. Dienstgrad in der SA: / SS: .....
7. Name: .....
8. Geburtsdatum: .....
9. Beruf: .....

Krankheitsvorgeschichte:

.....

(Lues, Tbc, Diabetes, rheumatische Erkrankungen, evtl. Konstitutionstypen)

A) Zähne: **1. Befund:** **Prädikat:** **Datum:**

R	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	L
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	

Als Zahnersatz ist vorhanden:
Festsitzende Prothese = Br

t = Füllung vorhanden
c = cariös

x = nicht zu erhalten
o = noch nicht erschienen oder schon entfernt

Herausnehmbare Prothese = Pl
Vollkronen (Kr.)., Stiftzahn (St.)

R——|——L

B) Kiefer einschl. Bedeckung:

Infektiöse Herde (Röntgenbefund, falls festgestellt):
Zahnsteinablagerung: supragingival — subgingival:
Paradentose: Zahnlockerung a leicht, b mittel, c stark (angeben, wo?)
Röntgenbefund falls festgestellt:
Form des Gaumens: flach — hoch — spitz

	Befund	Prädikat	Datum
2. Befund			
3. „			
4. „			
5. „			
6. „			

und Okkl. Anomalialen: Kopfbiß — geringer Ueberbiß — normaler Ueberbiß — tiefer Ueberbiß offener Biß — Kreuzbiß,
Okklusion: progene — prognathe — Okklusionsstellung

(Zutreffendes unterstreichen!)

C) Weichteile der Mundhöhle (Wangen, Lippen, Mundboden, weicher Gaumen, Zunge)

D) Sonstiger Befund:

....., den ..... 193....

Nachuntersuchungen: .....

(Unterschrift des SA/SS-Zahnarztes).

Das Untersuchungsergebnis:

Standarte 30 Waldeck.

Untersuchte	1 300	
Tabelle I:		
Gesunde Gebisse:	44	3,38 %
Sanierte Gebisse:	123	9,46 %
Leicht erkrankte Gebisse:	672	51,7 %
Schwer erkrankte Gebisse:	461	35,46 %
Tabelle II:		
Kariesfreie Gebisse:	44	3,38 %
Kariesanfällige Gebisse:	1 256	96,62 %
davon saniert:	123	9,79 %
Tabelle III:		
Behandlung erforderlich bei:	969	74,54 %
davon conservierend:	514	53,04 %
chirurgisch:	99	10,22 %
prothetisch:	5	0,52 %
conservierend u. chirurgisch:	307	31,68 %
conservierend u. prothetisch:	10	1,03 %
chirurgisch u. prothetisch:	7	0,72 %
conserv., chir., proth.:	27	2,79 %
Tabelle IV:		
Fokalinfektion möglich bei:	451	34,69 %
Paradentose vorhanden bei:	71	5,46 %
Zahnstein vorhanden bei:	552	42,46 %
Tabelle V:		
Zähne	14 600	
Eigene Zähne	35 429	85,17 %
davon gesund, nicht behandelt:	27 233	76,87 %
behandelt:	4 846	13,68 %
leicht cariös:	2 301	6,49 %
tief zerstört:	1 049	2,96 %
Ersatzzähne:	738	1,77 %
davon Plattenersatz-Zähne:	269	36,45 %
Brückenersatz-Zähne:	185	25,07 %
Kronen:	221	29,94 %
Stiftzähne:	63	8,54 %
Fehlende Zähne:	5 433	13,06 %

Tabelle VI:

Keine cariösen Zähne:	340	26,15 %
1—2 cariöse Zähne:	453	34,85 %
3—4 cariöse Zähne:	273	21,00 %
5—6 cariöse Zähne:	115	8,85 %
7—8 cariöse Zähne:	66	5,08 %
9—10 cariöse Zähne:	31	2,38 %
11 und mehr cariöse Zähne:	22	1,69 %

Tabelle VI1:

Hypoplasien sind vorhanden bei:	19	1,46 %

Tabelle VII:

Plattenersatz ist vorhanden bei:	44	3,38 %
Brückenersatz ist vorhanden bei:	51	3,92 %

Tabelle VIII:

Gaumen:		
flach:	451	34,69 %
hoch:	727	55,92 %
spitz:	122	9,39 %

Tabelle IX:

Okklusion und Okklusionsanomalien:		
Kopfbiß:	112	8,62 %
geringer Überbiß:	134	10,31 %
normaler Überbiß:	821	63,15 %
tiefer Überbiß:	150	11,54 %
Kreuzbiß:	10	0,77 %
offener Biß:	37	2,84 %
Progenie:	25	1,92 %
Prognathie:	11	0,85 %

Sturmbann I Wolfhagen.

Untersuchte:	294	

Tabelle IA:

Gesunde Gebisse:	9	3,06 %
Sanierte Gebisse:	32	10,88 %
Leicht erkrankte Gebisse:	131	44,56 %
Schwer erkrankte Gebisse:	122	41,5 %

Tabelle II A:		
Kariesfreie Gebisse:	9	3,06 %
Kariesanfällige Gebisse:	285	96,94 %
davon saniert:	32	11,23 %
Tabelle III A:		
Behandlung erforderlich bei:	226	76,87 %
davon conservierend:	103	45,58 %
chirurgisch	34	15,04 %
prothetisch:	1	0,44 %
conservierend u. chirurgisch:	75	33,19 %
conservierend u. prothetisch:	3	1,33 %
chirurgisch u. prothetisch:	2	0,88 %
conserv., chir., proth.:	8	3,54 %
Tabelle IV A:		
Fokalinfektion möglich bei:	120	40,81 %
Paradentose vorhanden bei:	12	4,08 %
Zahnstein vorhanden bei:	160	56,46 %
Tabelle V A:		
Zähne:	9 408	
Eigene Zähne:	8 033	85,38 %
davon gesund, nicht behandelt:	6 198	77,16 %
behandelt:	1 102	13,72 %
leicht cariös:	453	5,64 %
tief zerstört	280	3,48 %
Ersatzzähne:	154	1,64 %
davon Plattenersatz-Zähne:	55	35,71 %
Brückenersatz-Zähne:	19	12,34 %
Kronen:	65	42,21 %
Stiftzähne:	15	9,74 %
Fehlende Zähne:	1 221	12,98 %
Tabelle VI A:		
Keine cariösen Zähne:	74	25,17 %
1—2 cariöse Zähne:	110	37,41 %
3—4 cariöse Zähne:	58	19,73 %
5—6 cariöse Zähne:	26	8,85 %
7—8 cariöse Zähne:	15	5,10 %
9—10 cariöse Zähne:	7	2,38 %
11 und mehr cariöse Zähne:	4	1,36 %
Tabelle VII A:		
Hypoplasien sind vorhanden bei:	5	1,70 %

Tabelle VII A:		
Plattenersatz ist vorhanden bei:	7	2,38 %
Brückenersatz ist vorhanden bei:	6	2,04 %
Tabelle VIII A:		
Gaumen:		
flach:	88	29,93 %
hoch:	177	60,20 %
spitz:	29	9,87 %
Tabelle IX A:		
Okklusion und Okklusionsanomalien:		
Kopfbiß:	17	5,78 %
geringer Überbiß:	43	14,63 %
normaler Überbiß:	157	53,40 %
tiefer Überbiß:	56	19,05 %
Kreuzbiß:	3	1,02 %
offener Biß:	11	3,74 %
Progenie:	5	1,70 %
Prognathie:	2	0,68 %

Sturmbann II Korbach.

Untersuchte:	591	
Tabelle I B:		
Gesunde Gebisse:	15	2,54 %
Sanierte Gebisse:	42	7,11 %
Leicht erkrankte Gebisse:	331	56,00 %
Schwer erkrankte Gebisse:	203	34,35 %
Tabelle II B:		
Kariesfreie Gebisse:	15	2,54 %
Kariesanfällige Gebisse:	576	97,46 %
davon saniert:	42	7,92 %
Tabelle III B:		
Behandlung erforderlich bei:	450	76,24 %
davon conservierend:	275	61,11 %
chirurgisch:	35	7,78 %
prothetisch:	1	0,22 %
conservierend u. chirurgisch:	126	28,00 %
conservierend u. prothetisch:	3	0,67 %
chirurgisch u. prothetisch:	2	0,44 %
conserv., chir., proth.:	8	1,78 %

Tabelle IV B:		
Fokalinfektion möglich bei:	176	29,78 %
Paradentose vorhanden bei:	36	6,09 %
Zahnstein vorhanden bei:	236	39,93 %
Tabelle V B:		
Zähne:	18 912	
Eigene Zähne:	16 245	85,36 %
davon gesund, nicht behandelt:	12 258	75,46 %
behandelt:	2 512	15,47 %
leicht zerstört:	1 092	6,72 %
tief zerstört:	383	2,35 %
Ersatzzähne:	332	1,75 %
davon Plattenersatz-Zähne:	111	33,43 %
Brückenersatz-Zähne:	74	22,29 %
Kronen:	110	33,13 %
Stiftzähne:	37	11,15 %
Fehlende Zähne:	2 335	12,35 %
Tabelle VI B.		
Keine cariösen Zähne:	145	24,53 %
1—2 cariöse Zähne:	234	39,59 %
3—4 cariöse Zähne:	123	20,81 %
5—6 cariöse Zähne:	41	6,94 %
7—8 cariöse Zähne:	26	4,40 %
9—10 cariöse Zähne:	13	2,20 %
11 und mehr cariöse Zähne:	9	1,53 %
Tabelle VI 1 B:		
Hypoplasien sind vorhanden bei:	6	1,02 %
Tabelle VII B:		
Plattenersatz ist vorhanden bei:	22	3,64 %
Brückenersatz ist vorhanden bei:	22	3,64 %
Tabelle VIII B:		
Gaumen:		
flach:	226	38,24 %
hoch:	325	54,99 %
spitz:	40	6,77 %
Tabelle IX B:		
Okklusion und Okklusionsanomalien:		
Kopfbiß:	60	10,15 %
geringer Überbiß:	54	9,14 %
normaler Überbiß:	383	64,81 %
tiefer Überbiß:	59	9,98 %
Kreuzbiß:	4	0,68 %
offener Biß:	9	1,51 %
Progenie:	15	2,54 %
Prognathie:	7	1,19 %

Sturmbann III Bad Wildungen.

Untersuchte:	255	
Tabelle I C:		
Gesunde Gebisse:	8	3,14 %
Sanierte Gebisse:	30	11,76 %
Leicht erkrankte Gebisse:	151	59,22 %
Schwer erkrankte Gebisse:	66	25,88 %
Tabelle II C:		
Kariesfreie Gebisse:	8	3,14 %
Kariesanfällige Gebisse:	247	96,86 %
davon saniert:	30	12,15 %
Tabelle III C:		
Behandlung erforderlich bei:	185	72,55 %
davon conservierend:	99	53,51 %
chirurgisch:	13	7,03 %
prothetisch:	3	1,62 %
conservierend u. chirurgisch:	57	30,81 %
conservierend u. prothetisch:	4	2,16 %
chirurgisch u. prothetisch:	1	0,54 %
conserv., chir., proth.:	8	4,33 %
Tabelle IV C:		
Fokalinfektion möglich bei:	82	32,15 %
Paradentose vorhanden bei:	14	5,49 %
Zahnstein vorhanden bei:	110	43,14 %
Tabelle V C:		
Zähne:	8 160	
Eigene Zähne:	6 786	83,16 %
davon gesund, nicht behandelt:	5 119	75,44 %
behandelt:	915	13,48 %
leicht cariös:	539	7,94 %
tief zerstört:	213	3,14 %
Ersatzzähne:	191	2,34 %
davon Plattenersatz-Zähne:	78	40,84 %
Brückenersatz-Zähne:	66	34,56 %
Kronen:	39	20,41 %
Stiftzähne:	8	4,19 %
Fehlende Zähne:	1 183	14,50 %

Tabelle VI C:		
Keine cariösen Zähne:	69	27,06 %
1—2 cariöse Zähne:	69	27,06 %
3—4 cariöse Zähne:	56	21,96 %
5—6 cariöse Zähne:	29	11,37 %
7—8 cariöse Zähne:	17	6,67 %
9—10 cariöse Zähne:	6	2,35 %
11 und mehr cariöse Zähne:	9	3,53 %
Tabelle VI 1 C:		
Hypoplasien sind vorhanden bei:	4	1,56 %
Tabelle VII C:		
Plattenersatz ist vorhanden bei:	13	5,09 %
Brückenersatz ist vorhanden bei:	17	6,67 %
Tabelle VIII C:		
Gaumen:		
flach:	82	32,16 %
hoch:	143	56,08 %
spitz:	30	11,76 %
Tabelle IX C:		
Okklusion und Okklusionsanomalien:		
Kopfbiß:	20	7,8 %
geringer Überbiß:	26	10,2 %
normaler Überbiß:	165	64,7 %
tiefer Überbiß:	28	10,98 %
Kreuzbiß:	2	0,78 %
offener Biß:	11	4,31 %
Progenie:	2	0,78 %
Prognathie:	1	0,39 %

Sturmbann IV Frankenberg.

Untersuchte:	160	
Tabelle I D:		
Gesunde Gebisse:	12	7,5 %
Sanierte Gebisse:	19	11,88 %
Leicht erkrankte Gebisse:	59	36,87 %
Schwer erkrankte Gebisse:	70	43,75 %
Tabelle II D:		
Kariesfreie Gebisse:	12	7,5 %
Kariesanfällige Gebisse:	148	92,5 %
davon saniert:	19	12,83 %

Tabelle III D:		
Behandlung erforderlich bei:	108	67,50 %
davon conservierend:	37	34,26 %
chirurgisch:	17	15,74 %
prothetisch:	—	—
conservierend u. chirurgisch:	49	45,37 %
conserviernd u. prothetisch:	—	—
chirurgisch u. prothetisch:	2	1,85 %
conserv., chir., proth.:	3	2,78 %
Tabelle IV D:		
Fokalinfektion möglich bei:	73	45,63 %
Paradentose vorhanden bei:	9	5,62 %
Zahnstein vorhanden bei:	46	28,75 %
Tabelle V D:		
Zähne:	5 120	
Eigene Zähne:	4 365	85,25 %
davon gesund, nicht behandelt:	3 658	83,80 %
behandelt:	317	7,26 %
leicht cariös:	217	4,97 %
tief zerstört:	173	3,97 %
Ersatzzähne:	61	1,19 %
davon Plattenersatz-Zähne:	25	40,98 %
Brückenersatz-Zähne:	26	42,62 %
Kronen:	7	11,48 %
Stiftzähne	3	4,92 %
Fehlende Zähne:	694	13,56 %
Tabelle VI D:		
Keine cariösen Zähne:	52	32,5 %
1—2 cariöse Zähne:	40	25,0 %
3—4 cariöse Zähne:	36	22,5 %
5—6 cariöse Zähne:	19	11,88 %
7—8 cariöse Zähne:	8	5,0 %
9—10 cariöse Zähne:	5	3.12 %
11 und mehr cariöse Zähne:	—	—
Tabelle VI 1 D:		
Hypoplasien sind vorhanden bei:	4	2,5 %
Tabelle VII D:		
Plattenersatz ist vorhanden bei:	2	1,25 %
Brückenersatz ist vorhanden bei:	6	3,75 %

Tabelle VIII D:

Gaumen:		
flach:	55	34,38 %
hoch:	82	51,25 %
spitz:	23	14,37 %

Tabelle IX D:

Okklusion und Okklusionsanomalien:		
Kopfbiß:	15	9,37 %
geringer Überbiß:	11	6,87 %
normaler Überbiß:	116	72,50 %
tiefer Überbiß:	7	4,37 %
Kreuzbiß:	1	0,63 %
offener Biß:	6	3,75 %
Progenie	3	1,88 %
Prognathie:	1	0,63 %

Die Besprechung der Tabellen.

Das Untersuchungsergebnis der Standarte Waldeck läßt sich darin zusammenfassen, daß von den 1300 untersuchten SA.-Männern 969 — das sind 74,54 Prozent — einer Behandlung bedürfen und daß bei 35 Prozent, wegen der vorhandenen Fokalinfektionsmöglichkeit, eine umgehende Durchführung derselben angezeigt ist.

Einen Überblick über den Gebißzustand im allgemeinen gibt Tabelle I. Hier wurden sämtliche Erkrankungen der Mundhöhle, einschließlich des evtl. erforderlichen Ersatzes, berücksichtigt. Als gesund galt hier ein Gebiß, daß weder Caries, noch Füllungen, noch Lückenbildung aufwies und als saniert, ein Gebiß, daß durch geeignete Behandlung in einen einwandfreien Zustand versetzt worden war. Als leicht erkrankt wurde ein Gebiß angesehen, bei dem leichte Caries, leichte Paradentose, eine Munderkrankung oder geringe Lückenbildung vorhanden war und als schwer erkrankt, ein Gebiß mit tief zerstörten Zähnen, mit schwerer Paradentose oder starker Lückenbildung. Wie aus dieser Tabelle hervorgeht, sind 3,38 Prozent der untersuchten Gebisse gesund, 9,46 Prozent saniert, 51,7 Prozent leicht erkrankt und 35,46 Prozent schwer erkrankt.

Über die Caries gibt Tabelle II Aufschluß! 44 Gebisse — 3,38 Prozent — können als cariesresistent angesehen werden, da bei ihnen nicht der geringste Herd gefunden wurde. Von den 1256 cariesanfälligen Gebissen sind 123 — 9,79 Prozent — in einem gut sanierten Zustand. Bei Sturmbann IV, Tabelle II D, sind 7,5 Prozent der untersuchten Gebisse cariesresistent. Hier wurden die meisten gesunden und aber auch die relativ meisten schwer kranken Gebisse gefunden.

Aus Tabelle III ist zu ersehen, welche therapeutischen Maßnahmen ergriffen werden müssen. Konservierende, chirurgische und prothetische Therapie und ihre Kombinierungen wurden zusammengestellt. 969 — 74,54 Prozent — müssen insgesamt behandelt werden. Bei 49 — 3,77 Prozent bezogen auf die Gesamtzahl der Untersuchten — ist Ersatz erforderlich. In zwei Fällen war eine Lippenkiefergaumenspalte vorhanden. Eine Behandlung ist hier wegen funktioneller Störungen angezeigt. In beiden Fällen wäre die Gaumenspalte durch einen Obturator zu decken.

Tabelle IV. Bei 34,69 Prozent der untersuchten Gebisse besteht die Möglichkeit der Fokalinfektion. Die Zahl 34,69 stellt nur einen Annäherungswert dar; in Wirklichkeit wird sie um vieles höher sein, weil viele Wurzelhauterkrankungen, Granulome usw. sicher bei den Untersuchungen nicht erkannt wurden, da Röntgenaufnahmen nicht durchgeführt werden konnten. Das Hauptkontingent für das Entstehen der Herdinfektionen bilden die putriden und verjauchten Wurzelstümpfe, die bei 32 Prozent gefunden wurden, und dann die Paradentosen. Die Gesamtzahl der Paradentosekranken beträgt 71. Wenn nun auch der überwiegende Teil von diesen leichte Formen aufweist, so ist doch der Prozentsatz 5,46 — er schwankt in den einzelnen Sturmbannen zwischen 4,08 und 6,09 — ungeheuer hoch.

Folgende kleine Übersichtstabelle mag darin einen Einblick geben:

Paradentose 71 — 5,46 Prozent —

leicht		mittel		stark	
39	55 Prozent	25	35 Prozent	7	10 Prozent

Zahnsteinablagerungen, causale Momente für das Entstehen der Gingivitiden und Paradentosen, wurden bei 42,46 Prozent angetroffen. Bei Sturmbann IV Frankenberg wurde der geringste Zahnsteinansatz gefunden 28,75 Prozent, und bei Sturmbann I Wolfhagen ein Prozentsatz von 56,46.

Bisher war nur von den Gebissen die Rede, über die Zähne selbst geben die beiden folgenden Tabellen Auskunft. Es wurde unterschieden zwischen eigenen Zähnen, Ersatzzähnen und fehlenden Zähnen. Wenn man das Gebiß mit 32 Zähnen rechnet, — was übrigens nur bei 8 Prozent der Fall war —, würden 41 600 Zähne vorhanden sein. Von diesen waren bei der Standarte 30 85,17 Prozent eigene Zähne, 1,77 Prozent Ersatzzähne und 13,06 Prozent fehlende Zähne. Von den vorhandenen eigenen Zähnen waren 76,87 Prozent gesund und ohne Füllungen, 13,68 Prozent behandelt und 9,45 Prozent cariös.

Bei den Ersatzzähnen handelt es sich in der Hauptsache um Plattenersatz, dann der Reihe nach um Kronen, Brückenersatz und Stiftzähne.

Von den 5433 fehlenden Zähnen sind 2224 — 40,73 Prozent — dritte Molaren, die zum großen Teil noch nicht erschienen waren.

Wieviele cariöse Zähne in den einzelnen Gebissen vorhanden waren, zeigt Tabelle VI. Aus ihr ist zu ersehen, daß der Hauptprozentsatz von den Gebissen mit 1—2 cariösen Zähnen gebildet wird; es folgen dann der Reihe nach, Gebisse mit keinen cariösen Zähnen, mit 3—4, 5—6 usw. in abfallender Reihe. Sanierte Zähne wurden bei dieser Tabelle zu den gesunden gerechnet.

Hypoplasien wurden bei 1,46 Prozent gefunden.

Wie aus den Tabellen II und VI hervorgeht, sind rund 97 Prozent der untersuchten Gebisse der Caries mehr oder weniger verfallen. Daß die Caries — jene größte, wie Lenhossek sagt, nunmehr zu einem Dauerzustand gewordene Epidemie des Menschengeschlechts — ständig im Laufe der Jahrhunderte an Zahl zugenommen hat, zeigt folgende Tabelle jenes ungarischen Anthropologen:

1. Jahrhundert	29,48 % Caries
4. Jahrhundert	33,42 % Caries
12.—13. Jahrhundert	36,32 % Caries
18.—19. Jahrhundert	42,41 % Caries

Bestrebungen in der heutigen Zeit weisen darauf hin, daß man bemüht ist, das Übel an der Wurzel zu fassen. Eine Arbeitsgemeinschaft für Cariesforschung und Cariesbekämpfung ist gegründet worden, und so wird alles versucht werden, um diesem so verheerenden Krankheitsprozeß Einhalt zu gebieten. Es handelt sich um einen Krankheitskomplex aus äußeren und inneren Ursachen, bei dem Ernährung, Disposition und Konstitution eine ausschlaggebende Rolle spielen.

Tabelle VII. Platten- und Brückenersatz wurde gefunden bei 7,3 Prozent und zwar in ungefähr gleichem Verhältnis.

Die Gaumenform ist aus Tabelle VIII zu ersehen. Bei 34,69 Prozent wurde ein flacher, bei 55,93 Prozent ein hoher und bei 9,39 Prozent ein spitzer Gaumen gefunden.

Bei 63,15 Prozent war — wie aus Tabelle IX hervorgeht — der Biß normal, bei den übrigen wurden die verschiedensten Anomalien vorgefunden.

Die Zahnpflege ließ bei fast allen sehr zu wünschen übrig.

Im großen und ganzen ergaben sich, von geringen Abweichungen abgesehen, für die vier Sturmbanne der Standarte Waldeck die ungefähr gleichen Untersuchungsergebnisse. Un-

terschiede zwischen Stadt und Land konnten nicht gemacht werden, da ein reiner Stadtsturm innerhalb der Standarte nicht vorhanden war.

Vergleich mit anderen Untersuchungsergebnissen.

Einige von anderen Autoren gefundene Ergebnisse mögen zum Vergleich mit denen der Standarte 30 herangezogen werden.

Kientopf stellte das Untersuchungsergebnis von 558 Lehrlingen zusammen und kam zu folgendem Schluß:

Keine Behandlung nötig	7,5 %
Behandlungsbedürftig	92,5 %

Rawengel untersuchte 600 Jungen der HJ. und stellte hierüber folgende Tabelle auf. Zum besseren Vergleich wurde das Ergebnis der Standarte 30 daneben gestellt.

	HJ.	Standarte 30
Gesunde Gebisse	5,— %	3,38 %
Erkrankte Zähne	21,45 %	23,13 %
davon behandelt	39,05 %	59,12 %
nicht behandelt	60,95 %	40,88 %

Mit Tabelle VI kann das Ergebnis von Langner, das an der Gebietsführerschule Westfalen aufgestellt wurde, verglichen werden. Untersucht wurden 500 Jungen.

Keine kranken Zähne	14,1 %
1—2 kranke Zähne	32,3 %
3—4 kranke Zähne	29,43 %
5—6 kranke Zähne	14,71 %
7—8 kranke Zähne	6,3 %
9 und mehr kranke Zähne	3,0 %

Die Arbeiten von Wacholder und Bunge über die Untersuchungsergebnisse der Standarten 83 und 116 wurden mit den hier gefundenen Werten verglichen. Und es wurden bei der Standarte 30, entgegen jeder Erwartung, weniger gesunde Gebisse gefunden, als bei den anderen Standarten, die sich zum großen Teil aus Stadtsturmbannen zusammensetzen, während die Standarte 30 rein ländlich ist. Wie weit die Paradentose in der Standarte 30 verbreitet ist, ersieht man aus der folgenden Zusammenstellung. Daß die Behandlungsbedürftigkeit auf dem Lande höher ist zeigt die Erfahrung und ist auch aus dem Vergleich zu ersehen:

Standarte	83	116	30
Gesunde Gebisse	5,85 %	4,15 %	3,38 %
Paradentose	2,75 %	1,9 %	5,46 %
Behandlung erforderlich	65,8 %	—	74,54 %

Wenn man nur die Zähne berücksichtigt, so ergibt sich für die Standarte 30 ein etwas besseres Bild als für die Standarte 116.

Standarte	116	30
Behandelte Zähne	11,59 %	13,68 %
Cariöse Zähne	8,2 %	6,49 %
Tiefzerstörte Zähne	2,46 %	2,96 %
Fehlende Zähne	7,96 %	13,06 %

Die Erfüllung der alten Forderung von Virchow, die Ergebnisse der Musterung und somit auch solcher Reihenuntersuchungen über den eigentlichen Zweck hinaus für Staatsführung und Volk dienstbar zu machen, muß angestrebt werden.

Zusammenfassung.

I. Die Untersuchungsergebnisse der SA.-Einheiten geben einen bedingten Einblick in die Volksgesundheit.

II. Von den Untersuchten haben nur 3,38 Prozent ein völlig gesundes, cariesfreies Gebiß.

III. Im Vergleich mit der Befunderhebung an zwei anderen Standarten wurden bei der Standarte 30 weniger gesunde Gebisse und ein bedeutend höherer Prozentsatz an Paradentose gefunden.

IV. Eine planmäßige Aufklärung ist nötig.

Am Schlusse dieser Ausführungen danke ich dem SA.-Sanitätsstandartenführer Professor Dr. Fliege, Marburg, herzlichst für die Stellung des Themas.

Literaturangabe.

1. Bunge: Das Ergebnis der zahnärztlichen Untersuchung der SA.-Mannschaften der Standarte 116. Diss. Marburg 1936.
2. Bornstein: Zahnhygiene auf dem Lande (Zahnärztliche Mitteilungen Nr. 9, 1933, Seite 238).
3. Gonter: Zahnärztliche und ärztlich-zahnärztliche Untersuchungen (Zahnärztliche Mitteilungen Nr. 25 u. 31, 1936).
4. Kientopf: Erziehung zur Zahnpflege (Schulzahnpflege Nr. 12, 24. Jahrgang).
5. Päßler: Referat auf dem Kongreß der Gesellschaft für Innere Medizin 1930.
6. Rawengel: Bericht über die Bedeutung und die Ergebnisse von zahnärztlichen Reihenuntersuchungen in der HJ. (Schulzahnpflege Nr. 12, 24. Jahrgang).
7. Wacholder: Das Ergebnis der zahnärztlichen Untersuchung der SA.-Mannschaften der Standarte 83. Diss. Marburg 1935.

Lebenslauf.

Als Sohn des Oberpostschaffners Friedrich Städe und dessen Ehefrau, Lina Städe, geb. Wille, wurde ich am 7. Januar 1911 zu Korbach (Waldeck) geboren. Vier Jahre lang besuchte ich dort die Volksschule und neun Jahre das Landesgymnasium, das ich Ostern 1930 mit dem Zeugnis der Reife verließ. Ich studierte dann Zahnheilkunde an folgenden Universitäten: Marburg (4 Semester), Kiel (1 Semester), Münster (3 Semester). In Marburg bestand ich am 12. März 1932 die zahnärztliche Vorprüfung und am 11. Juni 1934 erwarb ich in Münster die Approbation als Zahnarzt. Im August 1934 ließ ich mich in meiner Heimatstadt als Zahnarzt nieder.

Meine akademischen Lehrer waren:

in Marburg: Baur †, Brammer, Dittler, Fliege, Göppert, Grüneisen, Jaeck, Kunzendorf, Meerwein, Nauck, Seidel †, Strecker, Thiel, Wiedhopf.

in Kiel: Hentze, Thoring, Wanke.

in Münster: Berger, Gantenberg, Groß, Herbst, Hertel, Immenkamp, Jötten, Müller, Neuhaus, Satorius, Schmidt, Zipf.